Objectifs Nous présentons le cas d'une patiente de 63 ans ayant bénéficié d'une cure de cystocèle et de rectocèle par voie basse 15 ans auparavant. Elle présente des infections urinaires depuis 12 mois avec une hyperactivité vésicale et un handicap fonctionnel notable. En échographie, il existe un calcul vésical immobile sur la face postérieure, latéralisé à gauche. En cystoscopie, on visualise de la prothèse et le calcul au contact de l'orifice urétéral gauche.
Méthodes Après un premier traitement endoscopique par lithotritie laser et extraction de la partie visible de la bandelette, récidive douloureuse et infectieuse rapide pour lequel une tentative de 2e traitement endoscopique est réalisé. Persistance de la symptomatologie et absence de cicatrisation de la vessie. On propose une ablation de la prothèse par voie coelioscopique robot assistée.
Résultats L'intervention comprend une ablation de la prothèse inter-vésico-vaginale, avec suture de la vessie et réimplantation urétéro-vésicale. La durée opératoire était de 115 minutes, les pertes sanguines étaient nulles. La sonde vésicale a été retirée au 5ème jour post-opératoire. Les suites ont été marquées par une fièvre post-opératoire avec des prélèvements bactériologiques négatifs et un scanner abdominal n'objectivant pas de complications post-opératoires. La sonde JJ a été retirée à 1 mois post-opératoire.
Conclusion La voie coelioscopique robot-assistée est une alternative intéressante pour une ablation de prothèse de cystocèle compliquée. Elle permet d'allier une voie d'abord mini-invasive avec la précision de la dissection et la facilité de reconstruction inhérentes aux instruments articulés et la vision 3D.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.08.042

V-37

Implantation robot-assistée d'un sphincter artificiel urinaire ams 800 chez les patientes neurologique après entérocystoplastie d'agrandissement et cystostomie continente

B. Peyronnet*, A. Manunta, J. Buisser, C. Richard, G. Dosin, Q. Alimi, L. Freton, R. Mathieu, G. Verhoest, K. Bensalah, J. Hascoet
CHU Rennes, Rennes, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : peyronnetbenoit@hotmail.fr (B. Peyronnet)

Objectifs Au cours des 5 dernières années, l'implantation du sphincter artificiel urinaire (SAU) chez la femme par voie robot-assistée s'est largement développé. La faisabilité de cette intervention reste toutefois à démontrer dans certains cas complexes qui pourraient rester des indications d'implantation ouverte. L'objectif de cette vidéo était de présenter un cas d'implantation robot-assistée d'un sphincter artificiel urinaire AMS 800 chez les patientes neurologique après entérocystoplastie d'agrandissement et cystostomie continente.
Méthodes Nous présentons le cas d'une patiente de 29 ans aux antécédents de myelomeningocele, ayant eu dans l'enfance une enterocystoplastie d'agrandissement associée à une cystostomie continente de type Mitrofanoff en fosse iliaque droite. Elle consulte pour incontinence urinaire d'effort sévère (pad test = 390 g/24 h) par insuffisance sphinctérienne. Deux solutions chirurgicales lui ont été proposées : bandelette aponévrotique pubovaginale et SAU. Elle opte pour un SAU dont l'implantation est programmée par voie robot-assistée.
Résultats La patiente est positionnée en Tredelenburg à 23°. On réalise un abord laparoscopique transpéritonéal en disposant les trocarts sur la ligne ombilical, cranialement au mitrofanoff avec à droite, un trocart de part et d'autre du trajet de cystostomie continente. Le robot Da Vinc Xi est amarré latéralement. Un sondage est effectué pour repérer le Mitrofanoff. Après une adhésiolyse prudente et étendue, en prenant soin de remplir la vessie à l'aide d'une sonde pour repérer ses contours, on atteint le fascia endopelvien de part et d'autre du col. Un passage est crée à droite du conduit de Mitrofanoff pour permettre le passage d'une prograsp pour la dissection du cul de sac vaginal Passage du mesureur et mise en place ensuite d'une manchette de 75 mm.
Conclusion La voie d'abord robot-assistée pourrait s'appliquer même au cas complexe pour l'implantation du SAU chez la femme et diminuer la morbidité de cette intervention y compris dans cette population.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.08.043

V-38

Traitement de l'hyperplasie bénigne de prostate par thermothérapie à la vapeur d'eau (système rezum)

M. Fourmarier*, C. Alegorides, F. Arroua, P. Plane, C. Eghazarian
Centre Hospitalier du Pays d'Aix, Aix-en-provence, France
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : marcfourmarier@hotmail.com (M. Fourmarier)

Objectifs Depuis des décennies, le « gold standard » des traitements chirurgicaux pour les Symptômes du Bas Appareil Urinaire (SBAU), dus à l'Hyperplasie Bénigne de Prostate, est la Résection Trans-urétrale de Prostate (RTUP). De nouvelles techniques mini-invasives se sont développées afin de réduire la morbidité. Cette vidéo en décrit l'une d'elle réalisée sous sédation-hypnose.
Méthodes Il s'agit d'une vidéo réalisée au bloc opératoire lors d'un traitement par thermothérapie à la vapeur d'eau pour une prostate de 65 gr de volume total et 46 gr de volume de la zone de transition. L'intervention est réalisée sous sédation-hypnose. Nous décrivons l'installation, le matériel et la technique. Le traitement débute par une première ponction latérale à 1 cm en aval du col vésical. L'aiguille est rétractée après chaque traitement et doit être repositionnée plus distalement avec un incrément d'un centimètre et cela jusqu'à la fin de l'urètre prostatique en regard du veru-montanum. On réitère la même procédure pour le lobe controlatéral.
Résultats Le système Rezum, fabriqué par Boston Scientific, transforme l'eau stérile en énergie thermique (sous forme de vapeur) pour détruire le tissu prostatique principalement dans le cadre de l'ambulatoire. Contrairement à d'autres techniques mini-invasives, les patients présentant un lobe médian obstructif sont des bons candidats à cette thérapie. Cette procédure est sure et présente peu de complications périopératoires. Les avantages les plus importants sont clairement la facilité de réalisation (procédure ambulatoire sans nécessité d'anesthésie générale) et peu d'effets secondaires sexuels.
Conclusion Ce dispositif autorise une grande flexibilité dans le traitement puisqu'il permet de cibler les zones obstructives quel que soit la morphologie prostatique. Cette technique est rapide et permet donc sa réalisation sous sédation-hypnose avec une excellente tolérance et de bons résultats cliniques.
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.08.044